

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

令和 5 年 月 日

日本医師会用

入会する医師会

（医師会使用欄）

日本医師会

福岡

都道府県
医師会

小郡市

都市区医師会・
その他の医師会

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1. 入会区分

1 ② 3

異動前の医師会
（入会区分で2に○した方）

福岡県

都道
府県

福岡市

都市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 457635 号

6. 会員

日医

A①

A②

(B)

A②

(C)

(B)

C

都道
府県

都市区
その他

3. 氏名

フリガナ
(姓)

ヤイタ
ハ板

(名)

キョウコ
京子



4. 生年月日

大正 昭和
平成 令和

53 年

4 月

5 日

5. 性別

男
② 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ シヤカイイリョウホウジン シマダ シマダビョウイン
社会医療法人シマダ 嶋田病院

8. 施設所在地

TEL 0942 (72) 2236
838-0141

FAX 0942 (73) 3313

福岡 都道府県 小郡市小郡 217 番地 1

9. 自宅現住所

TEL 080 (3905) 9840
840-0804

FAX ()

佐賀 都道府県 佐賀市 神野東 4丁目 13-28

10. 文書送付先

施設所在地 ① 自宅現住所

11. 電子メールアドレス

kyouko.onozawa@gmail.com

12. 開設主体

09

13. 施設・業務

24

14. 病床の有無

① 有 ② 無

有床の場合→ 許可病床数

150 床

15. 併設の施設

介護保険施設 その他 ()

16. 診療科名

主たる科名

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

0 1 1 2 内科 感染症内科

17. 出身校

山口大学 医学部

18. 卒業年月

大正 昭和
平成 令和

18 年

3 月

19. 医籍登録日

大正 昭和
平成 令和

18 年

4 月

14 日

20. 学位取得

大正 昭和
平成 令和

年

月

21. 所属学会

①

②

③

④

017019043999

22. 指定医

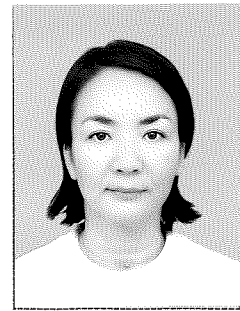
① 保険医 ② 母体保護法 ③ 精神保健 ④ その他

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

履 歴 書

2023 年 4 月 17 日現在

ふりがな や い た きょうこ	*男・ ☒ 女
氏名 八 板 京子	印 
*大正・ ☒ 昭和・平成 53 年 4 月 5 日生 (満 45 才)	本籍 * 都道 福岡 府県
ふりがな さばけん さばし こうのひばし	連絡先電話番号
現住所 (〒840-0804) 佐賀県佐賀市神野東4丁目13-28	市外局番(080) 3905-9840



年	月	学歴・職歴(医学部卒業から記載して下さい 勤務歴もお願いします)
2006	3	山口大学医学部 卒業
2006	4	聖マリア病院 入職
2009	3	聖マリア病院 退職
2009	4	九州大学病院 入職 (免疫膠原病・感染症内科)
2010	3	九州大学病院 退職
2010	4	九州大学医学部大学院医学系学府 入学
2014	3	九州大学医学部大学院医学系学府退学
2014	4	福岡赤十字病院 感染症内科 入職
2015	3	福岡赤十字病院 退職
2015	4	福岡市民病院 感染症内科 入職
2022	3	福岡市民病院 退職
2022	4	佐賀県医療センター 好生館 総合内科 入職

記入注意 1.*印のところは○で囲む 2.鉛筆以外の青または黒の筆記具で記入

2023 3 佐賀県医療センター 好生館退職

2023 5 嶋田病院 入職

年	月	公 役 職 歴
2014	4	福岡市感染症診療協議会委員

	氏名	続柄	生年月日
家 族	八板 謙一郎	夫	1981年 2月7日
	八板 聡一郎	長男	2018年 9月19日
	八板 史華	長女	2020年 9月1日

専門医・認定医
内科 認定医
感染症専門医・指導医
インфекション・コントロール・ドクター

医師免許証	取得年月日 平成18年 4月14日	番号 457635
-------	-------------------	-----------

保険医登録	記号番号
-------	------

年	月	賞 罰 歴
		なし

趣味・特技など
油絵, 水泳 など